

## RELATO DE CASO: Ponte Miocárdica.

**Autores:** Mauro Alves, Cláudia Regina de Oliveira Cantanheda e Diane Xavier de Ávila.

Homem de 48 anos procura atendimento médico para check up há 11 anos atrás. Encontrava-se com queixa de estresse, porém negando precordialgia. Vinha em uso de medicação hipolipemiante (rosuvastatina cálcica de 20 mg). Pai falecido aos 55 anos de IAM. Ao exame físico em bom estado geral. Normocorado, apirético, eupneico, paciente de perfil atlético apresentando Pressão Arterial de 130/80 mmHg e Frequência Cardíaca de 56 bpm. Pulsos radiais e carotídeos simétricos e de boas amplitudes. RCR 2T BNF, sem sopros, com A2=P2. Pulmões clinicamente limpos. Abdomen sem visceromegalias. Membros inferiores sem edema e com pulsos periféricos palpáveis. Exames laboratoriais de sangue desta época tinha como única alteração uma hipercolesterolemia. Apresentava um ECG de repouso com alterações da repolarização ventricular em parede lateral alta, onde em aVL a onda T parecia ser primária. Realiza Prova de Esforço em esteira sob protocolo de Rampa e atinge 97,7% da FC máxima preconizada. O teste foi interrompido aos 12' e 2" por exaustão com 12,76 METs. Na fase de recuperação apresentou segmento ST de aspecto retificado, com onda T minus-plus de V4 a V6, D2,D3 e aVF, D1, aVL e CM5. Faz uma Cintilografia Tomográfica de Perfusão Miocárdica que apresentou ao esforço uma hipocaptação do material radioativo em território da coronária direita e da circunflexa. Na fase de repouso observou-se uma normalização desta hipocaptação. O laudo foi de isquemia miocárdica em parede inferior. Realizou uma coronariografia onde as coronárias apresentaram-se livres de lesões obstrutivas fixas, contudo é identificado uma **Ponte Miocárdica (PM)** em artéria descendente anterior (figuras abaixo em sístole e diástole). Foi mantido em tratamento conservador. Há 7 anos é diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica e pré diabetes melito. Apartir deste período é acrescentado um agente hipotensor (bloqueador do receptor AT1 da angiotensina 2) e um hipoglicemiante oral (metformina 500 mg). Durante todo esse tempo nunca apresentou dor precordial. Encontra-se com 59 anos e tem realizado desde então Provas de Esforço anuais todas com resultados normais. **DISCUSSÃO:** Devido a dúvida se a hipocaptação descrita no laudo corresponderia ou não a uma isquemia, o médico assistente optou pela realização do exame invasivo de cinecoronariografia. Nesta situação poder-se-ia optar antes pela realização de uma angiotomografia coronariana. O cateterismo não demonstrou qualquer alteração obstrutiva fixa em árvore coronariana, porém acusou um achado de ponte miocárdica na artéria descendente anterior. A Cineangiogramia é considerada o exame de padrão ouro para o diagnóstico. Um "efeito de ordenha" significativo está presente quando há redução de  $\geq 70\%$  no diâmetro luminal mínimo durante a sístole e redução persistente  $\geq 35\%$  no diâmetro luminal mínimo durante a diástole média a tardia. A nitroglicerina intracoronária pode ser utilizada como teste provocativo para aumentar a sensibilidade do método. Existem outras opções diagnósticas, como a cintilografia de perfusão miocárdica, uma modalidade para avaliação funcional de PMs, menor sensibilidade para a detecção de isquemia detectando preferencialmente os segmentos mais criticamente comprimidos; a tomografia computadorizada multislice das coronárias (AngioTC) pode fornecer uma valiosa avaliação anatômica não invasiva para as PM, permitindo também a exclusão de DAC obstrutiva concomitante, particularmente úteis no planejamento cirúrgico. Outros métodos não invasivos como o ecocardiograma de estresse e a ressonância magnética cardíaca também podem ser utilizados para avaliar o significado funcional da ponte miocárdica, devendo ser realizados com esforço físico ou farmacológico com dobutamina. Foi obtido com o paciente assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

